

VOUS ÊTES INVITÉ A RÉPONDRE A L'ENSEMBLE DES QUESTIONS AFIN QUE VOTRE DEMANDE PUISSE ÊTRE TRAITÉE.

COURTIER/MANDATAIRE DU PROPOSANT

Nom du Cabinet :

Nom et prénom du représentant :

E-mail :

Téléphone :

Adresse :

N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Code ORIAS :

PROPOSANT (sera le Preneur d'Assurance si le contrat est souscrit)

Raison sociale (fournir un extrait Kbis) :

Forme juridique :

Nom et prénom du représentant :

Siège social : N° :

Type de voie :

Nom de la voie :

Code postal :

Ville :

Code NAF :

Siret :

Activités exercées :

Date de création de l'entreprise :

CARACTÉRISTIQUES DU FUTUR CONTRAT

Affaire Nouvelle

Remplacement

Date d'effet souhaitée :

Échéance annuelle :

Fractionnement :

Annuel

Semestriel

Date de début :

Date de fin :

ANTECEDENTS DU RISQUE

Le Proposant :

- A-t-il été assuré pour ce risque ?

OUI

NON

Si oui, par quel assureur ?

N° de contrat :

Entreprise régie par le code des assurances – SA au capital de 34 708 448,72 EUR
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09
Siège social : 109/111, rue Victor Hugo – 92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX – R.C.S. Nanterre 429 369 309

- A-t-il déclaré des sinistres au cours des 3 dernières années ? OUI NON

Dans l'affirmative, nous en préciser la nature, le nombre, les circonstances, la date et l'importance :

- Ces sinistres ont-ils entraîné la résiliation du contrat ? OUI NON

Si non, motif du changement d'assureur :

- Des mesures ont elles été prises pour éviter le renouvellement de sinistres de même nature ? OUI NON

Si oui, lesquelles :

- Autres événements ou circonstances pouvant donner lieu dans l'avenir à la mise en jeu de l'éventuel contrat ? OUI NON

Si oui, fournir les détails :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE SOUSCRIPTRICE

Effectif global de la société :

Masse salariale Annuelle Brute :

Personnes à assurer :

Collège des Cadres : Masse Salariale Annuelle Brute : EUR

Collège des Non-Cadres : Masse Salariale Annuelle Brute : EUR

Si vous ne souhaitez pas garantir l'ensemble de votre personnel, merci de nous fournir le nombre des personnes. La liste nominative des personnes à assurer sera à fournir lors de la souscription.

GARANTIES SOUHAITEES

Indiquez le capital assuré pour les garanties décès et Invalidité :

| | | MULTIPLE DE SALAIRE | FORFAIT |
|--|--------------------------|---------------------|---------|
| Décès accidentel montant assuré | <input type="checkbox"/> | % | EUR |
| IJ COMA | <input type="checkbox"/> | | EUR |
| Invalidité accidentelle | <input type="checkbox"/> | % | EUR |

| | | | | |
|--|---------------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| Perte Totale et Irréversible d'Autonomie | <input type="checkbox"/> | % | EUR | |
| Invalidité Permanente Totale ou Partielle | <input type="checkbox"/> | % | EUR | |
| Barème : | <input type="radio"/> Compagnie | <input type="radio"/> Accident du travail | | |
| Perte de Profession accidentelle | <input type="checkbox"/> | | EUR | |
| Incapacité temporaire totale accidentelle | <input type="checkbox"/> | | EUR | |
| Durée de l'indemnisation : | <input type="radio"/> 180 jours | <input type="radio"/> 365 jours | <input type="radio"/> 730 jours | <input type="radio"/> 1 095 jours |
| Limitée à l'hospitalisation : | | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON | |
| Frais médicaux accident : montant assuré | <input type="checkbox"/> | | EUR | |
| Frais de rapatriement : montant assuré | <input type="checkbox"/> | | EUR | |

ASSURANCES MULTIPLES

Avez-vous souscrit des garanties de même nature auprès d'autres sociétés d'assurances ?

OUI NON

Si OUI, indiquez le nom de ces sociétés, le montant et la nature des garanties souscrites :

Nous vous remercions du soin apporté à remplir ce formulaire, et à le compléter suivant vos propres besoins.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner la délivrance de sa garantie aux résultats d'une visite médicale destinée à compléter ce questionnaire.

Nous joindre le formulaire de déclaration de risque dûment signé par le proposant.

La compagnie ALBINGIA vous informe que les informations médicales et personnelles qui lui sont remises par le biais de ce questionnaire ne seront utilisées que dans le cadre de l'appréciation du risque pour la souscription de la garantie d'assurance souhaitée.

La compagnie ALBINGIA s'interdit toute divulgation à des tiers dans le respect notamment de l'article 9 du Code civil ainsi que de l'article 226-13 du Code pénal sur le secret professionnel.

En tout état de cause, quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez décider :

- soit de les transmettre (sous pli cacheté dans une enveloppe « simple ») au Département production Assurance des Personnes de la compagnie ALBINGIA,
- soit de les transmettre (sous pli cacheté dans une enveloppe « Secret Médical ») au Médecin Conseil de la compagnie ALBINGIA.

Les informations à caractère personnel recueillies par ALBINGIA sont indispensables à la gestion de votre demande. Ces informations ont également pour finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des contrats d'assurance souscrits.

L'ensemble des réponses aux questions sont obligatoires ; à défaut de réponse à l'une d'entre elles, votre demande pourrait ne pas être traitée.

Toute opération relative aux données à caractère personnel est soumise aux dispositions du règlement européen 2016/679 sur la protection des données à caractère personnel.

Nous vous informons que les données recueillies pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus aux entités composant la compagnie ALBINGIA en France ainsi que, si nécessaire, à ses intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans le respect de la législation sur la protection des données à caractère personnel, et dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées, étant précisé que les informations couvertes par le secret professionnel médical font l'objet de précautions particulières en termes de sécurité et de confidentialité.

Par ailleurs, vous êtes informé qu'en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ALBINGIA peut être amené à communiquer des informations à des autorités administratives ou judiciaires habilitées.

En application de la réglementation et en particulier du Règlement européen 2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation des informations qui vous concernent, en justifiant de votre identité en écrivant à l'adresse suivante : ALBINGIA – Délégué à la protection des données (DPD) - 109/111 rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS PERRET - par mail : dpd@albingia.fr

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Les données vous concernant seront conservées pendant une durée de 3 (TROIS) ans à compter de la collecte ou du dernier contact en l'absence de conclusion d'un contrat. Les données de santé communiquées font l'objet d'une conservation pendant une durée maximale de 5 (CINQ) ans à compter de la collecte ou du dernier contact en l'absence de conclusion d'un contrat.

En cas de contestation, vous disposez du droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés. En cas de décès, et en l'absence de directives de votre part, vous êtes informé que vos héritiers disposent d'un droit de s'opposer à la poursuite des traitements de vos données ou faire procéder à leur mise à jour.

Vous certifiez exactes les déclarations de la présente proposition qui pourront constituer la base d'un contrat d'assurance et reconnaissez avoir pris connaissance du texte des articles L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances repris ci-après.

Vous vous engagez à nous déclarer tout élément susceptible de modifier notre appréciation du risque et qui surviendrait postérieurement à la remise de la présente proposition, notamment tout événement susceptible de mettre en jeu les garanties de l'éventuel contrat.

Fait à

Le

**Faites précéder la signature de « Lu et Approuvé »
et apposer le cachet du proposant**

Extraits du Code des Assurances

Article L. 113.8

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'Article L.132.26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Article L.113.9

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant soit une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps ou l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

PARTIE RÉSERVÉE A L'INTERMÉDIAIRE

Connaissez-vous personnellement le proposant ?

OUI NON

Si oui, depuis combien de temps ?

Fait à

Le

SIGNATURE DU COURTIER, APPORTEUR DE L'AFFAIRE